

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 No 70

Les HÉMORRAGIES GRAVES
des
POLYPES BÉNINS de la VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Janvier 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Habib BAYAR

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 15 Octobre 1898 à KALAA-KEBIRA (Tunisie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

**LES HÉMORRAGIES GRAVES DES POLYPES BÉNINS
DE LA VESSIE**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 70

Les HÉMORRAGIES GRAVES
des
POLYPES BÉNINS de la VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Janvier 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Habib BAYAR

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né le 15 Octobre 1898 à KALAA-KEBIRA (Tunisie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNEQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F)
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET.

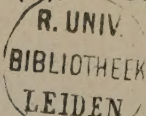
CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
SORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAYET, président ; THEVENOT Léon, assesseur ;

SANTY et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Un faible témoignage de ma
profonde reconnaissance et de ma
tendre affection.

A MA FEMME

Un modeste témoignage de mon
profond attachement.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous n'oublions pas l'accueil charmant qu'il nous a toujours réservé, ni le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre Jury.

Si ce modeste travail devait avoir quelque mérite, il reviendrait tout entier au Maître dont nous n'avons fait que développer les idées.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN
Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble

C'est sur ses conseils que nous avons entrepris ce travail. Il nous est agréable de lui dire ici toute notre reconnaissance pour sa grande bienveillance à notre égard.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Grenoble :

1922 - 1928

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERMIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNELOUP.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT.

MESSIEURS LES DOCTEURS : AUDAN, AVINIER, BETHOUX, BONNIOT, BUTTERLIN, FERRIEUX, DÉTOURBET, GUEDEL, HERMITE, KUNTZ, LAMY, MARTIN, MARTIN-SISTERON. PERRIN, PEYRIN, PISTRE, SALVA, F. SAPPEY, P. SAPPEY, SAUVAGE, SIGAUD.

Avant-Propos

Au début de ce travail, il nous est un devoir agréable de remercier tous ceux qui nous ont aidé de leur précieuse collaboration :

M. le Professeur Gayet ;

M. le Docteur Martin ;

M. le Docteur Cibert (fils) ;

M. le Docteur Latreille ;

M. le Docteur Perrin, chef de laboratoire, dont nous avons mis à contribution, si largement, la science et l'amabilité.

LES HÉMORRAGIES GRAVES DES POLYPES BÉNINS DE LA VESSIE

Introduction

L'hémorragie grave des polypes bénins de la vessie est une complication plus redoutable que la transformation maligne de ces polypes.

Il importe aux praticiens d'en faire le diagnostic précoce et de poser les indications urgentes du traitement chirurgical.

Aussi allons-nous dans ce modeste travail :

1° Définir par leur physiologie pathologique ces hémorragies, après un rappel d'anatomie pathologique des polypes.

2° Caractériser par leurs symptômes propres les hémorragies graves et en établir le diagnostic.

3° Indiquer le traitement qui s'impose d'urgence.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Comme les autres muqueuses ayant même origine embryologique (intestin), la muqueuse vésicale a la propriété de former des papilles. Normalement, les papilles demeurent rudimentaires et habitent surtout le bas-fond de la vessie. Par contre, dans certains cas, ce caractère atavique s'exalte; et le développement anormal des papilles aboutit à la formation de véritables tumeurs qui sont les polypes de la muqueuse vésicale.

Le développement pathologique de ces papilles serait dû, dans certains cas à une irritation prolongée de la muqueuse vésicale (inflammation chronique, cystite, bilharziose, lithiase, intoxication par l'aniline, etc.).

Cependant, on ne peut relever dans l'antécédent de certains polypes aucune cause manifeste. Il semble falloir les attribuer à une *tendance* innée.

En effet, certains auteurs trouvent, à l'appui de cette opinion, l'âge de certains malades :

Stein a vu des enfants de 6 et 9 mois porteurs de papillômes de la vessie bien développés.

Ce sont des cas rares. C'est entre 30 et 50 ans, plus chez l'homme (70 %) que chez la femme, qu'on l'observe généralement.

La présence des papilles dans le bas-fond de la vessie explique le *siège* habituel des tumeurs papillaires qui est le trigone ou son voisinage immédiat. Il est rare que ces tumeurs se rencontrent dans la moitié supérieure de la vessie. Mais quoi qu'il en soit de leur étiologie et de leur origine embryologique, les polypes de la muqueuse vésicale sont nettement définis au point de vue anatomo-pathologique par leurs caractères *macroscopiques* et *microscopiques*.

A. — AU POINT DE VUE MACROSCOPIQUE

On distingue deux types de tumeurs :

a) Dans une première catégorie, les tumeurs sont constituées par des *villosités* qui s'implantent *directement* sur la paroi vésicale.

b) Dans une deuxième catégorie, l'ensemble des villosités s'implante à la muqueuse par un *pédicule commun*.

Les premières se présentent par *touffes* de dimensions et de nombre variables. Le plus souvent, elles restent séparées les unes des autres par la muqueuse saine. Mais exceptionnellement, il peut arriver qu'elles recouvrent toute la surface interne de la vessie : « *maladie villeuse* ».

La *forme* et les *dimensions* de ces villosités sont variables à l'infini : tantôt courtes, tantôt longues de quelques centimètres, elles peuvent être : rubanées, cylindriques, coniques, uniques ou subdivisées en villosités secondaires.

L'ensemble des villosités se présente sous les aspects les plus différents qui ont été comparés à :

« Une houppe à poudre », Louis.

« Une touffe de corail », Hutchinson.

« Une algue », Thompson.

« Un oursin », Clado.

« Un chou-fleur ».

On peut observer nettement ces formes en remplissant la vessie d'eau et en se servant du cystoscope à prisme. Suivant le degré de congestion les tumeurs ont une *coloration* rose ou rouge.

Les villosités sont friables. L'action mécanique de l'eau arrive à en détacher des fragments.

La deuxième catégorie des tumeurs villeuses est celle de la majorité. Elle comprend :

Les « papillomes pédiculés » et des « polypes vil-
leux », de Kuster.

Dans cette catégorie, toutes les villosités se réunissent à un pédicule commun qui est un prolongement de la muqueuse vésicale.

« Ce pédicule est un cordon lamelleux ou membra-
« neux. Son épaisseur est en raison inverse de sa lon-
« gueur. Quand il est long, quand il dépasse 2 à 3 cen-
« timètres, il laisse à la tumeur une grande mobilité
« et lui permet de se déplacer, de flotter dans le milieu
« vésical. Du côté de la tumeur, le pédicule se continue

« directement avec le néoplasme qui semble être un
« bourgeonnement étalé à son extrémité. Du côté de
« la vessie le pédicule s'attache à la muqueuse par une
« base élargie au niveau de laquelle il est difficile, à
« l'œil nu, de dire le point où commence la tumeur
« et où finit la muqueuse. »

LEGUEU.

Ainsi la muqueuse présente au point d'attache du pédicule une certaine laxité qui permet de l'étirer et rend ainsi possible l'ablation de la tumeur assez bas sur son implantation.

Dans son ensemble, le pédicule « ressemble à un
« tronc d'arbre portant des branches ; celles-ci se ra-
« mifiant à leur tour ».

VERHOOGEN.

Les papillomes pédiculés ont un volume variable depuis la tête d'un épingle jusqu'à la grosseur d'une orange. Leur *nombre* est également fort variable. Il arrive rarement qu'un papillome reste solitaire. Dans la majorité des cas, on observe un gros papillome entouré par plusieurs autres plus petits que lui.

Si l'on suit pendant des années le développement de ces papillomes, on constate qu'il est très lent. Dans certains cas, ces tumeurs se développent très rapidement et récidivent vite après l'extirpation.

B. — AU POINT DE VUE MICROSCOPIQUE

Le microscope montre l'identité histologique des villosités avec la muqueuse dont elles dérivent. Les villosités comme la muqueuse se composent :

1° D'un derme conjonctif formant l'axe de la villosité ;

2° D'un épithélium qui recouvre l'axe.

« L'axe est formé de tissu fibrillaire souvent œdéma-
« teux, parfois infiltré de leucocytes. Il contient par-
« fois des fibres musculaires lisses surtout au niveau
« de sa base. Au centre de l'axe se trouve un vaisseau
« capillaire dont les subdivisions accompagnent les di-
« visions de l'axe lui-même.

« L'épithélium qui recouvre ce stroma conjonctif est
« identique à celui que l'on trouve dans une vessie nor-
« male non distendue. Sur le derme conjonctif repose
« donc tout d'abord, une rangée de cellules cylindri-
« ques ou plus exactement des cellules qui sont cylin-
« driques dans leur partie basale et s'amincissent en
« fuseau de l'autre côté. Le noyau de ces cellules est
« ovalaire. Puis viennent des cellules allongées, pres-
« que fusiformes, dont le bout aminci pénètre d'une
« part, entre les extrémités amincies des cellules basa-
« les, d'autre part, entre les cellules de la rangée supé-
« rieure. Cette disposition est donc analogue à celle que
« l'on trouve dans le sarcome fuso-cellulaire. Le noyau
« de ces cellules est également ovalaire.

« On rencontre ensuite des rangées de cellules poly-
« gonales très grandes, aplaties, à noyau globuleux et
« quelquefois multiple. Les cellules de la couche su-
« perficielle se caractérisent par la forme convexe de
« leur surface libre.

« Ce sont ces cellules qui se desquament à la surface
« des villosités. Aussi lorsque l'on examine celles-ci au
« microscope on ne trouve souvent que des cellules
« profondes.

« Le protoplasme des cellules épithéliales est granu-

« leux. Il prend bien les colorants habituels. Mais par-
« fois, ce protoplasme présente des filaments entourés
« de vacuoles dus à la présence de sérosités dans ce pro-
« toplasma. C'est là le phénomène appelé par Ziegler
« dégénérescence vacuolaire ».

CHAPITRE II

Physiologie pathologique

Nous venons de voir par l'étude histologique que les tumeurs villeuses sont bien des tumeurs bénignes. Or, la clinique nous apprend qu'elles peuvent donner lieu à des hémorragies très graves qui menacent la vie des malades.

Comment concevoir que ces petites tumeurs bénignes donnent des hémorragies aussi graves ?

Si l'on se souvient que les villosités ont un axe richement vascularisé et qu'elles sont de consistance très friable, on s'explique aisément que le moindre traumatisme arrive à rompre ces organismes fragiles et à provoquer ainsi une hémorragie.

Or, à l'intérieur de la vessie, ce traumatisme est constant, quoique d'intensité variable ; le courant de l'urine, ses fluctuations au moment de la miction, tiraillent les

villosités, les rompent et provoquent ainsi l'hémorragie.

Ces mêmes raisons montrent pourquoi l'hémorragie est le plus souvent *finale*.

Ziegler explique, en ces termes, le mécanisme de ces hémorragies :

« Par suite de la fragilité des vaisseaux et de la char-
« pente des villosités, la tumeur saigne facilement; et
« ces hémorragies peuvent être dangereuses. »

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que les villosités soient rompues pour qu'il y ait hémorragie. Les variations constantes de pression à l'intérieur de la vessie, surtout au moment de la miction, suffisent pour déterminer une hémorragie à travers les parois très minces des vaisseaux.

« Ces vaisseaux sont larges et leurs ramifications
« souvent dépourvues de gaine conjonctive, sont cons-
« tituées par le seul endothélium vasculaire.

« Ces tumeurs sont en outre soumises à des varia-
« tions de pression extérieure suivant le degré de ré-
« plétion de la vessie ; elles sont comprimées et refou-
« lées pendant la miction. Aussi n'est-il pas surpre-
« nant de les voir saigner facilement. » Verhoogen.

L'importance de l'hémorragie ne semble pas être en rapport avec le volume de la tumeur qui saigne. On a vu de petites tumeurs donner des hémorragies même mortelles et de grandes ne saignant presque pas.

Il semble plus logique d'entrevoir une corrélation étroite entre la richesse vasculaire du territoire qui saigne et l'importance de l'hémorragie. Si les vaisseaux intéressés sont de gros calibre ou en grand nombre, ils

donnent lieu à des hémorragies considérables d'emblée. On assiste ainsi, suivant le cas, à des *hématuries totales* ou même à la miction de *sang pur* qui se coagule facilement.

Si, par contre, le territoire qui saigne est pauvre en vaisseaux, mais qu'il soit en revanche un lieu électif de variation de pression de l'urine, il donne des *hémorragies récidivantes*.

On comprend alors aisément que les polypes situés dans la région du trigone saignent abondamment, la région étant richement vascularisée et le siège électif, à la fois, des variations de la pression urinaire.

« Les tumeurs développées sur le col vésical doivent
« à ce siège même une gravité plus grande. Elles peu-
« vent donner lieu à des hémorragies plus fréquentes,
« plus abondantes, souvent continues; les tiraillements
« incessants, auxquels les soumet chaque miction, ex-
« pliquent facilement la gravité de ce symptôme. »

VERHOOGEN.

La durée des crises hémorragiques et des périodes qui les séparent dépend à la fois de l'état de développement de la tumeur et de la coagulabilité du sang.

Dans la majorité des cas, au début de la maladie, les hémorragies sont faibles, de courte durée et espacées par de longs intervalles de bonne santé. Mais, au fur et à mesure que la tumeur se développe, la durée de chaque hémorragie va en augmentant, et les intervalles de bonne santé se raccourcissent.

« Au début de la maladie, les intervalles durent plu-
« sieurs semaines. Guyon les a vus se prolonger pen-
« dant 3 années. On cite des intervalles de 10 à 11 ans.

« Mais au bout d'un certain temps, à mesure que la
« tumeur grandit, les crises hématuriques se rappro-
« chent, en même temps que la durée de chaque hém-
« morragie augmente. Quelquefois même l'hématurie
« devient continue et ne cesse plus jusqu'à la mort du
« malade. »

Il faut ajouter à ceci que l'état du sang influe également sur l'hémorragie. Or, chaque perte de sang soustrait au plasma une quantité de fibrine qui n'est pas remplacée immédiatement; il en résulte pour le sang un pouvoir de coagulation de plus en plus faible. Ainsi chaque hémorragie semble prédisposer le malade à en avoir une autre. L'étude du sang de ces malades montre, en effet, une faible viscosité et un temps de coagulation fort augmenté dans la presque totalité des cas.

L'anémie dans laquelle se trouvent ces malades les cachectise profondément et les prédispose à l'infection.

L'hématurie est souvent compliquée de cystite.

Mais avant même que la cystite ne se déclare, l'hématurie se complique souvent d'autres symptômes.

Que le polype soit situé, en effet, dans la région du trigone, et on le verra entraîné par le courant de l'urine, et obstruer ainsi le canal de l'urètre. Une rétention d'urine se constitue ainsi, douloureuse et aggravant l'hémorragie.

« La rétention est toujours l'effet d'une cause mécanique, savoir l'obstruction de l'orifice interne de
« l'urètre par la tumeur elle-même.

(Néoplasme, à long pédicule, frangé, voisin du col, aux fragments volumineux.)

« Dans ces conditions, la rétention est extrêmement
« douloureuse et s'accompagne de violentes épreintes
« pendant lesquelles les malades rendent à peine quel-
« ques gouttes de sang. La rétention peut céder brus-
« quement à la suite du déplacement du bouchon qui
« obstruait le col. Le plus souvent cette rétention brus-
« que et passagère est à répétition. »

CLADO.

En dehors de la tumeur elle-même, un caillot de sang peut également produire la rétention. Soit qu'un petit caillot s'enclave dans l'urètre, soit qu'un gros caillot occupe toute la région du col, l'urine ne s'écoule plus.

« Si les caillots se présentent en masses volumineu-
« ses, ils obstruent le col et peuvent déterminer une ré-
« tention d'urine qui s'accompagne de symptômes dou-
« loureux habituels.

« La distension de la vessie semble alors entretenir et
« augmenter l'hématurie. Il suffit le plus souvent de
« vider la cavité vésicale et d'en assurer l'évacuation
« continue, au moyen d'une sonde à demeure pour voir
« cesser rapidement l'hémorragie. » VERHOOGEN.

Il faut ajouter que, parfois, au cours même de la miction, le jet d'urine est brusquement coupé. Il s'agit d'un petit caillot ou d'un fragment de villosité, qui, entraîné par l'urine, vient subitement obstruer l'urètre. Il ne tarde pas à céder à la pression exercée par le malade et à être expulsé avec le reste de l'urine.

En résumé, nous avons essayé, partant de l'anatomie pathologique, d'expliquer dans ce chapitre les princi-

paux symptômes des polypes bénins de la vessie, à savoir :

1° *L'hématurie ;*

2° *L'infection ;*

3° *Les troubles de l'hydraulique urinaire.*

Nous reviendrons et insisterons spécialement sur l'hématurie qui nous intéresse particulièrement.

CHAPITRE III

Etude clinique

Nous allons maintenant nous occuper de l'étude clinique de ces hématuries graves en précisant leurs caractères et en établissant leur diagnostic. Nous essayerons ensuite de compléter le tableau clinique en présentant nos malades avec leur vraie physionomie toujours profondément anémiée et bien souvent infectée.

A. — CARACTÈRE DES HÉMATURIES DUES AUX POLYPES DE LA VESSIE

Les hématuries n'ont, à proprement parler, pas de caractères propres; mais un ensemble de caractères qui les distinguent des autres hématuries. C'est ce faisceau de caractères qu'il s'agit d'exposer une fois pour toutes.

1° Début de l'hématurie et formes cliniques.

C'est presque toujours en pleine santé que débute l'hématurie d'origine polypeuse. Il arrive quelquefois

que l'hématurie soit très *abondante d'emblée*. Les malades ont alors des urines très hématiques, ils rejettent même du sang pur. Les malades s'anémient très vite et peuvent même aller jusqu'à la mort si une intervention urgente ne vient pas les sauver. C'est le cas des malades de l'observation I et de l'observation II, morts, le premier d'hémorragie foudroyante, le deuxième d'hémorragie grave.

Dans ces hémorragies graves d'emblée, les malades n'ont pas le temps de s'infecter; ils meurent rapidement d'hémorragie; chez eux, l'état général est tellement mauvais que l'urologiste assiste parfois impuissant à l'évolution rapide et fatale du mal.

Mais, heureusement, dans la généralité des cas, l'hématurie débute d'une façon moins grave. Quelques gouttes de sang seulement se montrent à la fin de la miction (hématurie terminale) ou plus rarement au début. Quelquefois l'urine est à peine teintée; seul le microscope révèle la présence d'hématies et affirme le diagnostic. Le malade, en effet, qui ne souffre généralement pas, ne se doute pas de cette hématurie qui peut passer inaperçue. D'autres fois, au contraire, l'hématurie est *macroscopiquement* assez nette, sans pour cela inquiéter le malade. Au début, en effet, l'hématurie est peu abondante; elle dure peu de temps et les intervalles qui séparent deux crises hématuriques consécutives sont généralement longs de quelques mois. De ce fait, l'état général reste bon pendant longtemps. Mais, au fur et à mesure que la tumeur grandit, l'hémorragie devient plus abondante et les intervalles de santé se

raccourcissent. On assiste alors à des *hématuries aggravées* progressivement.

2° *Evolution.*

Dans cette catégorie d'hématuries, les malades ont le temps de s'exposer à d'autres complications : la *réten-tion* et surtout l'*infection*.

La rétention due à l'obstruction du canal de l'urètre par des franges ou par des caillots de sang occupant le col vésical survient subitement. Elle aggrave l'hémorragie et expose la vessie à l'infection.

« La distension de la vessie semble alors entretenir et
« augmenter l'hématurie. Il suffit le plus souvent de
« vider la cavité vésicale et d'en assurer l'évacuation
« continue au moyen d'une sonde à demeure, pour voir
« cesser rapidement l'hématurie. » VERHOOGEN.

Si la rétention se prolonge, les caillots sanguins intravésicaux se décomposent et peuvent s'éliminer avec l'urine sous forme de fragments ou filaments de fibrine. Celle-ci constitue un milieu favorable au développement des microbes.

« Si la vessie s'infecte, le mélange de sang et d'urine
« se putréfie et il en résulte une odeur cadavéreuse. »

VERHOOGEN.

Dans ce cas, le tableau se complique des symptômes de cystite :

1° *L'urine trouble* laisse déposer mélangé au sang soit des flocons de pus assez difficiles à distinguer à l'œil nu, soit des glaires sanguinolentes, visqueuses, adhérentes quand l'urine a subi la fermentation ammoniacale à l'intérieur de la vessie.

2° Les besoins d'uriner deviennent fréquents ; ils peuvent se succéder de demi-heure en demi-heure, de quart-d'heure en quart-d'heure, ou même de 5 minutes en 5 minutes. Ainsi la *pollakiurie* est diurne et nocturne à la fois. Les malades ne peuvent dormir la nuit et ils s'épuisent vite de fatigue.

3° Les besoins d'uriner deviennent également *impérieux* et aboutissent même quelquefois à la miction involontaire.

4° La miction elle-même est douloureuse, elle s'accompagne de sensation de brûlure ou de déchirement dans l'urètre, le périnée et le bas-ventre.

Si l'infection dépasse la vessie la température s'allume et l'état général, déjà altéré par l'anémie, devient franchement mauvais.

En résumé lorsque l'hématurie est simple, c'est-à-dire non compliquée, ni de rétention ni d'infection elle se présente généralement comme le seul symptôme : c'est l'*hématurie solitaire*. Si au contraire l'hématurie s'est compliquée de rétention ou d'infection elle se présente avec d'autres symptômes (rétention, pollakiurie, dysurie, pyurie). Que l'hématurie soit grave d'emblée ou qu'elle soit aggravée au cours de l'évolution, l'anémie est souvent marquée.

B. — EXAMEN DU MALADE ET DIAGNOSTIC

On est alors en présence de malades saignés toujours et bien souvent infectés, le teint pâle, exsangue, la face éthérée, plus ou moins infectée selon le cas ; la cachexie est telle que certains malades se présentent dans un état syncopal permanent qui entrave l'examen, car le moin-

dre mouvement provoque une syncope. C'est le cas des malades des observations I et VIII.

Dans d'autres cas l'état général reste assez bon le malade n'ayant éprouvé de pertes sanguines que depuis peu de temps. Mais l'évolution de la maladie demeure grave malgré les apparences.

Il importe donc d'établir un diagnostic rapide et sûr pour intervenir d'urgence car la vie du malade est en danger.

a) L'interrogatoire indique s'il s'agit d'une hématurie grave d'emblée ou aggravée, si elle est solitaire ou accompagnée d'autres symptômes. Si l'hématurie est solitaire et d'origine vésicale, il faut éliminer les varices du col de la vessie chez la femme enceinte.

b) Si au contraire l'hématurie est accompagnée par d'autres symptômes (pollakiurie, douleurs, etc.), il faut également éliminer la tuberculose rénale, la cystite des calculeux et des prostatiques, la bilharziose etc...

C. — EXPLORATION DE LA VESSIE

L'exploration vésicale est la seule opération qui permet de se rendre compte d'une façon exacte de l'origine vésicale de l'hématurie et de la présence des polypes dans la vessie. On dispose à cet effet de plusieurs moyens :

1) Le palper bimanuel est sans grand intérêt ici, attendu la petitesse et la mollesse des polypes qui les rendent imperceptibles à la palpation.

2) *L'examen des urines* est par contre très important. Il renseigne sur l'abondance de l'hématurie: il indique s'il y a cystite ou non. Enfin la présence de franges dans

les urines est un excellent indice de l'existence des polypes dans la vessie.

γ) *L'exploration de la vessie à l'aide d'une sonde molle* permet de vérifier l'origine vésicale de l'hématurie. On décrit trois épreuves classiques :

1° *Epreuve des 3 verres* : On évacue la vessie dans 3 verres, si le dernier est plus coloré l'hémorragie est d'origine vésicale.

2° *Epreuve du palper bimanuel (Guyon)*.

Après avoir évacué la vessie on laisse la sonde en place et on pratique le palper bimanuel ; si l'on provoque ainsi un saignement on a la preuve que l'hématurie est vésicale.

3° *Signe de la soupape de Marion*.

Il arrive que l'urine cesse brusquement de couler par la sonde ; en outre si l'on injecte un liquide il ne sort plus : il s'agit là d'un phénomène dû à l'obstruction des yeux de la sonde par les franges des polypes entraînées par le courant du liquide.

La sonde ne peut renseigner que sur l'origine vésicale de l'hématurie ; elle ne peut indiquer ni le siège, ni la cause de cette hémorragie.

C'est à la *cystoscopie* qu'il faut recourir pour cela.

D. — CYSTOSCOPIE

On utilisera le cystoscope de Nitze, car l'étendue de son champ et le grossissement de son optique favorisent l'exploration. La vessie est d'abord lavée, puis remplie avec de l'eau distillée. On introduit le cystoscope et on explore méthodiquement toute la vessie.

Dans certains cas heureux où l'hémorragie s'arrête on arrive à voir suffisamment clair pour préciser le siège, le nombre, le volume, la forme et le mode d'implantation des polypes.

On verra alors ces tumeurs revêtir différents aspects suivant le cas : tantôt elles ressemblent à des algues qui flottent dans l'eau, tantôt, quand elles sont sessiles, elles donnent l'image d'un chou-fleur, d'un champignon ou d'une éponge. Il peut arriver que le milieu se trouble et gêne considérablement l'examen. Il est alors difficile, voire même impossible d'établir un diagnostic précis.

Le danger de l'hématurie, la gravité de la situation restent malgré tout la grosse indication à une intervention rapide et énergique.

CHAPITRE IV

Traitement

Nous venons de voir que dans ces hématuries graves il importe d'établir un diagnostic précoce et d'intervenir sans retard si l'on veut avoir quelques chances de succès. Le moment est venu maintenant d'indiquer les différents moyens dont la thérapeutique dispose à cet égard, d'exposer leurs techniques et de discuter leurs indications respectives.

§ I. — Les méthodes de traitement

Il existe un traitement *médical* et un traitement *chirurgical* qui se complètent.

1°. — TRAITEMENT MÉDICAL.

Il a pour but de relever l'état général qui est souvent franchement mauvais,

Il faut en premier lieu lutter contre l'hypotension et l'anémie. A cet effet on a recours à des injections de sérum physiologique et de cheval. L'administration d'adrénaline par voie sous-cutanée peut rendre quelques services. Enfin on n'hésitera pas à pratiquer s'il le faut, la transfusion sanguine qui donne des résultats plus certains. Il faut également ajouter que, dans certains cas, le traitement médical peut s'adresser à l'hémorragie elle-même. Les lavages chauds de la vessie utilisant, ou non, l'antipyrine ou l'adrénaline arrêtent quelquefois l'hémorragie.

Depuis quelques années on utilise avec succès l'*an-théma*. Mais en général l'hémorragie est trop importante pour que le traitement médical donne un résultat satisfaisant ou définitif. Il faut alors ne pas perdre de temps et intervenir chirurgicalement d'urgence.

2° TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Deux méthodes de traitement chirurgical sont en présence :

- a) La méthode d'accès par les voies naturelles.
- b) La méthode sanglante.

La première ou « *méthode endovésicale* » consiste, dit Doré, « à introduire dans la vessie par l'urètre un instrument qui permet d'aller traiter directement la tumeur, la détruire, avec un cautère (ou étincelle électrique) ou la sectionner avec une anse froide ou chaude ».

Cette méthode présente l'avantage de pouvoir être répétée fréquemment sans anesthésie et de permettre des

applications successives que l'on ne peut faire avec les opérations sanglantes.

Malheureusement, malgré cet immense avantage l'abondance de l'hémorragie en troublant le milieu vésical rend impossible la vision de la tumeur et son traitement par les voies naturelles. Rarement cependant l'utilisation du cystoscope laveur permet d'aborder la tumeur par l'urètre.

La seconde méthode ou « *sanglante* » est la méthode de choix en raison même de sa rapidité et de son efficacité. C'est d'ailleurs la plus ancienne et la plus répandue.

La vessie est abordée par voie hypogastrique sus-pubienne. L'incision permet d'aborder la vessie par voie extrapéritonéale. C'est la méthode de Guyon ou *taille hypogastrique classique*. Elle consiste à faire une incision longitudinale sus-pubienne de 5 à 6 cms, à passer entre les deux muscles droits, récliner en haut le cul-de-sac péritonéal prévésical et à inciser longitudinalement la vessie préalablement distendue par de l'air.

Trendlenburg fait subir à cette méthode une modification en préconisant la taille transversale. Il prétend obtenir ainsi plus de jour dans la vessie et moins de chances d'éventration chez les sujets gras.

Aujourd'hui, grâce aux bons écarteurs dont on dispose, on peut avoir autant de jour qu'il est utile pour voir clair dans la vessie avec la taille longitudinale. M. le Professeur Gayet la préfère à la taille transversale. C'est elle que nous conseillons comme traitement d'urgence et seul pratique des hématuries graves. Nous allons maintenant en indiquer sommairement la technique et les résultats.

§ II. — La taille hypogastrique

A. — TECHNIQUE.

1° *Préparation du malade.* — On a soin de remonter l'état général par un traitement médical préalable (sérum, huile camphrée etc...) La vessie a été lavée et insufflée d'air. Une cystoscopie préparatoire à tenter toujours peut, dans certains cas heureux permettre de réparer la source de l'hémorragie. Le malade couché sur le dos est incliné de 45°.

2° *Anesthésie.* — L'anesthésie locale combinée à l'anesthésie épidurale peut suffire. M. le Pr. Gayet utilise souvent ce procédé.

L'anesthésie générale à l'éther donne des résultats plus sûrs. Elle évite les mouvements, les contractions musculaires du malade qui peuvent gêner l'opération. De plus l'éther a un effet stimulant chez ces malades déprimés.

3° *Incision de la paroi abdominale.* — Une incision longitudinale et médiane longue de 6 à 8 centimètres part 1 centimètre en dessous du pubis et intéresse les téguments, puis passe entre les deux droits de l'abdomen. Le cul-de-sac péritonéal est récliné en haut et la vessie est découverte.

4° *Incision de la vessie et ablation de la tumeur.* — « Lorsque la vessie est découverte on plonge hardiment le bistouri dans sa paroi » (Albarran) et on pratique une incision longitudinale suffisante. On fixe la paroi

avec quelques fils. L'ouverture de la vessie provoque la formation des plis de sa muqueuse et peut avoir ainsi un effet hémostatique. On tamponne pour éponger le sang et on passe à l'ablation du polype.

« En somme, dit Cathelin, la tumeur sera enlevée par
« le doigt, l'anse, la curette ou le thermocautère, ou
« sera réséquée et on pratiquera ensuite une fermeture
« exacte de la vessie. »

Dans le cas des hématuries graves il convient au contraire de laisser un tube comme pour les prostatectomies (tube de Marion).

Pauchet règle la technique de la façon suivante :

« Le polype est saisi de la main gauche et attiré. S'il
« est sessile, le fait de l'attirer forme un pédicule aux
« dépens de la muqueuse tendue et, à deux millimètres
« de la tumeur, la main droite, armée d'un thermo,
« coupe la paroi vésicale et avance peu à peu jusqu'à
« ce que le polype soit enlevé. Le thermo diminue le
« saignement et les risques d'implantation. Examiner
« la surface d'implantation ; si un vaisseau donne, le
« lier. »

En réalité, si l'hémorragie est abondante il faut, selon les conseils d'Albarran, extirper le plus rapidement possible le polype avec les doigts. M. le Professeur Gayet a eu quelquefois l'occasion d'appliquer cette méthode qui lui a toujours donné satisfaction. Rarement cependant l'hémorragie continue malgré l'extirpation de la tumeur et la cautérisation. Il faut alors recourir au tamponnement et renvoyer l'intervention au lendemain.

Dans un cas non signalé ici, l'hémorragie continuant malgré l'extirpation de la tumeur, M. le Professeur

Gayet l'a jugulée par un tamponnement vésical maintenu pendant 48 heures et suivi de l'intervention habituelle.

Lorsque le polype siège au voisinage de l'orifice urétéral, la zone d'abouchement de l'uretère peut être sectionnée.

« Dans ce cas, dit Pasteau, il ne se produit en général
« aucun accident ; l'orifice se reforme spontanément,
« ce que permet de constater un contrôle cystoscopique
« ultérieur.

« La seule précaution à prendre sera d'éviter la ligation de l'uretère en passant le fil. »

5° *Fermeture de la vessie et de la paroi.* — Certains auteurs, comme Frayer, estiment qu'il ne faut jamais fermer la vessie. Ils placent dans la vessie, pendant trois jours, un gros tube, comme dans les prostatectomies.

En général, après avoir fermé la vessie au moyen d'une série de fils de catgut, on ménage sur la plaie vésicale un orifice par lequel on introduit une sonde de Pezzer.

On fait ensuite une suture de la paroi abdominale.

6° *Soins post-opératoires.* — Pour éviter l'éventration, le malade sera couché en position de relâchement musculaire de la paroi antérieure de l'abdomen.

On luttera contre l'hémorragie secondaire par des lavages chauds. On utilisera avec profit, à cet effet, l'anthéma, dont le rôle hémostatique a été prouvé.

On luttera contre l'infection par l'instillation des solutions antiseptiques, permanganate, argyrol, nitrate d'argent, huile goménolée, oxycyanure de mercure, etc.

Les récidives seront surveillées au cystoscope et détruites par les courants à haute fréquence.

B. — RÉSULTATS.

« En général, les symptômes sont favorablement influencés, les hématuries cessent, la cystite et les douleurs s'amendent, la miction est relativement facile, l'état général se relève. » ROVSING.

Rovsing a obtenu toujours des résultats satisfaisants.

Guyon a constaté que des malades ont bénéficié pendant longtemps de cette opération.

Malheureusement les statistiques publiées par la plupart des auteurs se rapportent au traitement des tumeurs vésicales en général. Pour ce qui concerne le cas particulier des hémorragies graves des polypes bénins, nous sommes réduits à nos propres ressources.

Parmi les malades que nous signalons dans ce travail, deux surtout sont particulièrement intéressants au point de vue du résultat du traitement.

1° Observation IV. — Ce malade a subi trois fois l'opération de la taille hypogastrique. Une première fois le 30 juin 1920.

Après l'extirpation des polypes, les récidives sont traitées au radium d'abord, puis par l'électrocoagulation. Grâce à une surveillance vigilante et à un traitement énergique on améliore le malade. Mais malgré tout, les récidives continuant, obligent à une nouvelle intervention.

Une seconde cystostomie, le 7 février 1923. Après l'ablation chirurgicale des polypes, on continue les séances de fulguration.

Le 30 mars 1923, le malade sort guéri. Mais les réci-

dives apparaissent au niveau du col d'où impossibilité de les fulgurer. Les hématuries reprennent.

Une troisième intervention le 6 juillet 1823, la face antérieure et le trigone sont couverts de papillômes, fulguration et cautérisation.

Le 22 août 1923, décès par anémie grave progressive.

En somme, le traitement a donné dans un cas très grave une survie de plus de trois ans.

Observation VI. — Malgré l'abondance de l'hémorragie l'état général est bon et autorise l'intervention.

Quoique les suites immédiates de l'opération soient bonnes, le résultat définitif ne fut pas heureux. Le malade est en effet décédé huit jours après.

Dans les autres cas l'état général est tellement mauvais qu'on ne peut songer à intervenir par la méthode sanglante. On s'est contenté alors de traiter le polype saignant par l'électrocoagulation qui, dans certains cas, a donné un résultat satisfaisant.

Nous indiquerons à part la technique et le résultat de la méthode électrique.

§ III. — L'électrocoagulation

Dans cette méthode, l'électrode agit comme un caustère.

A. — TECHNIQUE.

« La vessie est nettoyée et garnie comme pour une
« cystoscopie ordinaire, mais il sera préférable de
« l'emplir avec l'eau distillée.

« L'électrode est engagée dans le cystoscope comme
« une sonde urétérale et celui-ci ainsi armé est intro-

« duit dans la vessie. La tumeur une fois reconnue, on
« amène à son contact l'extrémité de l'électrode. Au cas
« des tumeurs villeuses, la sonde est poussée au milieu
« des villosités. On fait alors passer le courant, et aussi-
« tôt on voit se produire aux alentours de l'électrode
« un dégagement de bulles petites et nombreuses, tandis
« que la tumeur immédiatement adjacente blanchit
« légèrement. Il n'y a pas traces d'étincelle.

« Très rapidement, au bout de 25 à 30 secondes, il
« faut interrompre le courant, car il se produit un
« échauffement intense de l'électrode. On retire alors
« celle-ci, qui le plus souvent, à son extrémité libre,
« porte un fragment de tumeur plus ou moins carbo-
« nisé ; l'endroit même où a porté l'électrode est noir,
« carbonisé également.

« Au bout de quelques secondes on refait en un point
« différent une seconde application qui ne dure égale-
« ment que 15 à 30 secondes et on répète ainsi la ma-
« nœuvre 4 à 5 fois.

« D'ordinaire, il n'y a pas d'hémorragie abondante
« et elle se tarit d'elle-même. Pourtant l'eschare pro-
« duite ainsi par l'électrocoagulation avec une brutalité
« inévitable peut, en se détachant, occasionner un sai-
« gnement assez abondant, qui pourra même se répéter
« à plusieurs intervalles durant 2 à 3 semaines ; nous
« connaissons même un cas où il a fallu faire une
« taille pour arrêter une hémorragie.

« Les séances dans cette méthode sont relativement
« courtes, de 5 à 20 minutes en général. On les répète
« tous les 15 jours ou 3 semaines. Il n'est pas utile de
« les faire plus souvent pour deux raisons : la première

« est qu'il faut environ 3 semaines pour que toutes les
« parties mortifiées s'éliminent.

« L'action des courants se poursuit en effet, la séance
« terminée, 15 à 20 jours après celle-ci, on voit la zone
« de nécrose occuper une étendue beaucoup plus
« grande que celle qui avait été attaquée directement
« par l'électrode. La deuxième raison pour attendre est
« qu'au moment même de la séance, immédiatement
« autour des applications de l'électrode, il se fait une
« réaction très vive de la vessie ; il se produit à ce
« niveau un œdème plus ou moins accentué, mame-
« lonné, en bulle souvent et qui peut prendre l'aspect
« de certaines tumeurs au début. Cette réaction vésicale
« peut persister plus de deux semaines et l'on serait
« tenté d'y porter l'électrode, alors qu'il s'agit de sim-
« ples troubles simultanés.

« La douleur est ordinairement minime, elle est même
« nulle lorsque la tumeur est assez épaisse pour que la
« vessie reste à distance de l'électrode ; tout ce qui est
« végétation est absolument insensible.

« On renouvelle les séances jusqu'à ce que la tumeur
« soit détruite. En cas de tumeurs multiples, on répète
« les mêmes manœuvres sur chacune d'elles.

« En principe, on ne recommencera le traitement
« d'une tumeur que lorsque l'on constatera que la chute
« des parties escharifiées est terminée et que l'œdème
« de réaction est disparu. Cependant lorsqu'on se trouve
« en présence de tumeurs multiples, on pourra recom-
« mencer les séances aussi souvent que la tolérance des
« malades le permettra, en s'attaquant, à chaque nou-
« velle séance, à de nouvelles tumeurs. Cette tolérance

« est évidemment très différente chez l'homme et chez
« la femme en raison de la facilité beaucoup plus
« grande dans l'introduction et le maniement du cys-
« toscope chez cette dernière. Aussi, chez elle, pourra-
« t-on faire des séances très rapprochées, si la chose
« paraît nécessaire en raison du nombre des tumeurs.

« Avec cette première méthode, avec les séances né-
« cessairement courtes qu'elle comporte et les destruc-
« tions localisées qu'elle produit, en rapport avec la pe-
« titesse de l'électrode, les progrès sont lents.

« Entre les mains de Legueu, l'électrocoagulation
« échoue sur les tumeurs trop multiples et n'a terminé
« son œuvre sur les tumeurs trop volumineuses. »

HEYTZ-BOYER.

En réalité on utilise l'*étincelage* en même temps que
l'*électrocoagulation*.

B. — RÉSULTATS.

1° *Résultats immédiats.* — En même temps que l'on voit les étincelles éclater, on voit la surface de la tumeur se disperser en une quantité de petites particules qui ne tardent pas à obscurcir le liquide vésical. D'autre part, la tumeur prend une coloration blanche et semble se flétrir. Jamais on n'observe d'hémorragie au point d'application de l'étincelle et même lorsqu'une tumeur saigne, si l'on peut découvrir et attaquer avec l'électrode le point qui saigne, on verra bientôt le filet sanguin qui diffusait dans la vessie se tarir. On peut par cette technique faire disparaître en quelques minutes des tumeurs déjà volumineuses et à leur place on verra une surface plus ou moins large légèrement déprimée, de coloration grise ou gris noirâtre.

2° *Résultats secondaires.* — Lorsqu'on examine au cystoscope, au bout de quelques jours, une tumeur vésicale étincelée et non encore complètement détruite, on peut constater que son volume a souvent augmenté et qu'elle présente une translucidité spéciale due à l'œdème. La muqueuse vésicale environnante peut être également œdématisée. D'autre part, sur la portion de la tumeur qui a été attaquée, on voit des parties blanches filamenteuses, tissus sphacelés qui sont en voie d'élimination.

Si la tumeur a été complètement détruite, la muqueuse vésicale présente au niveau du pédicule une plaque blanche plus ou moins saillante filamenteuse, constituée par l'eschare en voie d'élimination. Autour d'elle la muqueuse est plus ou moins œdématisée et rouge. Plus tard, lorsque la séparation sera complète, il persistera pendant un certain temps une plaque rouge avec parfois des plis.

Pendant cette phase d'élimination le malade urine des débris de tumeurs sans forme, soit des parties absolument nécrosées, soit des portions de tumeurs absolument reconnaissables. Parfois ces débris constituent des fragments importants qui peuvent servir à l'examen bioptique des tumeurs. Au cours de cette période d'élimination des tissus nécrosés, on n'observe jamais d'hémorragie, lorsque l'on s'est contenté d'agir par étincelage. Avec l'électrocoagulation, au contraire, la chute des eschares est accompagnée parfois d'hémorragie qui, dans certains cas, a pu mettre en danger la vie du malade.

3° *Résultats tardifs.* — Lorsque la réparation est faite,

la cicatrice obtenue par l'étincelage, surtout à haute tension, est parfaitement souple. Oudin a signalé depuis longtemps ce point important. Cette cicatrice souple a une importance capitale lorsqu'elle se produit au niveau d'un orifice urétéral. « Heytz-Boyer ».

Dans le cas de l'observation VIII, le traitement par les courants à haute fréquence à lui seul a suffi pour guérir un cas très grave. La malade vit encore. Elle a d'ailleurs très peu de récidives.

Observations

OBSERVATION I

Observation présentée par MM. les Professeurs Gayet et Rochet à la Société nationale de Médecine et de Sciences médicales.

Il s'agit d'un homme de 65 ans, spécifique, entré dans le service il y a trois jours pour *hématuries abondantes*.

Début il y a un mois et demi en pleine santé par *hématurie brusque* de sang rouge, caillots en fin de miction. Rapidement pollakiurie diurne et nocturne toutes les heures et demie. Amaigrissement, perte de forces, anémie aiguë.

A l'entrée dans le service on trouve le sujet dans un état d'affaissement et d'anémie si grave qu'on refuse l'idée de toute intervention, même d'une cystostomie d'urgence. On jette tout de même un coup d'œil au cystoscope le matin de l'entrée :

Vessie difficile à éclairer, nombreux caillots. Tout ce que l'on peut voir c'est, au-dessous de la ligne urétérale, un peu à gauche, un volumineux caillot paraissant suspendu à la paroi avec une base d'implantation un peu surélevée.

On pense à un papillôme, mais sans l'affirmer, étant donné qu'on ne voit que très mal la muqueuse vésicale.

On fait du sérum, de l'huile camphrée, on tâche par tous les moyens de remonter le malade.

Le lendemain l'anémie s'est encore accrue ; le poulx est petit. On essaie de remonter le malade le plus possible et de tenter le lendemain une cystostomie.

Le soir : mort par *hémorragie vésicale foudroyante*.

A l'examen de la pièce :

Vessie saine sur la totalité de sa surface, sauf au point remarqué à la cystoscopie, où l'on trouve un papillôme gros comme une noix à large base d'implantation.

Rien aux reins.

M. Rafin signale un cas analogue.

Un jeune ingénieur, 30 ans, entre dans son service dans un état si lamentable d'infection urinaire et d'anémie par hémorragies répétées qu'il succombe dans les 24 heures sans que l'on ait pu lui être d'aucun secours.

A l'autopsie : on trouve dans la vessie une tumeur volumineuse qui s'était fixée à la muqueuse par un pédicule d'une grande minceur comme un cordon de soie.

OBSERVATION II

M. B. L., 66 ans, teinturier.

Hématuries graves. Mort, vérification : papillôme pédiculé de la vessie.

Le malade entre dans le service pour rétention.

A. H. — Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires et collatéraux du malade.

A. P. — Aucune maladie dans l'enfance. Le malade nie toutes maladies vénériennes. Il s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge actuel. Il tousse simplement un peu l'hiver et expectore des mucosités blanches sans caractère particulier,

Affection actuelle. — Début il y a 5 ans par des hématuries qui ont eu pour caractère :

1° D'être capricieuses : elles survenaient sans aucune cause, disparaissaient sans traitement, très espacées (de 6 mois parfois) ;

2° D'être absolument indolores : le malade avait l'impression d'uriner de l'huile ;

3° D'être surtout accentuées au début de la miction. Le reste de la miction était beaucoup plus clair, souvent limpide.

La dernière hématurie en date s'est passée il y a une huitaine de mois.

Samedi 6 octobre 1923 : Le malade, après une journée ordinaire, n'a pu uriner le soir. Il se couche et arrive à uriner quelques gouttes de sang. Dimanche matin le médecin le sonde et l'envoie dans le service.

Ici, on le sonde avec une sonde de Nélaton n° 15, qui passe assez facilement. On ne retire que du sang sans aucun caillot cependant. Depuis ce sondage d'hier le malade présente des urines rouges.

Examen. — Malade ayant un bon état général.

T. : 37°2. Urines sanglantes.

a) *Poumons* : Respiration soufflante avec râles piau-lants et musicaux disséminés.

b) *Cœur* : Auscultation normale.

c) *Abdomen* : Foie non perçu. Rate et reins de même.

d) *Vessie* : distendue, remontant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Globe vésical dur et distendu.

e) Phimosi congénital très serré.

Toucher rectal fait, la vessie étant distendue, on sent la vessie qui bombe fortement dans le rectum. La prostate n'est pas fort grosse. Les deux lobes latéraux sont bien délimitables, fort peu hypertrophiés. Le lobe médian l'est plus et fait une légère saillie à la partie supérieure de la prostate.

Traitement. — Le malade est mis au traitement hé-

mostatique : chlorure de calcium, lavages vésicaux à l'antipyrine, etc.,.

Le 16 octobre 1923 : *Cystoscopie*. Mais l'hématurie continue et on ne peut affirmer qu'une chose, la présence d'une *tumeur frangée*. Impossible de dire si elle est pédiculée car les franges remplissent la vessie.

A la suite de cette cystoscopie le malade accuse une température de 40°. Il n'avait que 39° la veille de son entrée à l'hôpital.

Les hématuries deviennent profuses. Et au moment où on allait faire une cystostomie survient une hémorragie très grave qui entraîne le décès du malade, 22 octobre 1923.

Autopsie. — Rien de spécial dans l'abdomen. A l'ouverture de la vessie on constate la présence d'un volumineux *papillôme pédiculé*. Le pédicule est situé à 6 ou 7 centimètres de l'orifice urétéral gauche et il est possible que le papillôme ait pu obstruer cet orifice. D'ailleurs on constate que l'uretère gauche est très dilaté dans sa partie supérieure et qu'il existe une hydronéphrose gauche.

On constate une néphrite intense du rein droit.

OBSERVATION III

M. S. J., 73 ans, cordonnier.

Hématuries graves. Décès. Autopsie : *Polypose généralisée de la muqueuse vésicale*.

Le malade entre à l'hôpital pour hématuries avec douleurs vésicales et lombaires.

A. H. : Rien à signaler.

A. P. : A eu la syphilis en 1870. Pas de blennorragie. A eu une fluxion de poitrine et des douleurs gastriques.

Marié deux fois : Première femme, morte bacillaire. Deuxième femme, épileptique. N'a pas eu d'enfants. Cette deuxième femme est morte également bacillaire.

Affection actuelle. — Début remontant à un an environ. Brusquement le malade n'a plus pu uriner ; il est resté en rétention pendant 24 heures et à la suite d'efforts il a expulsé « un morceau de chair » et a pu uriner.

Depuis cette période le malade a présenté de la douleur localisée au niveau de la vessie et dans la région lombaire.

Il a eu également des hématuries sans douleurs, capricieuses, survenant pendant une certaine période puis disparaissant pour revenir quelques jours après.

Ces hématuries étaient terminales. Les urines étant claires au commencement de la miction.

Comme les hématuries et les douleurs persistaient et que le malade perdait l'appétit, se cachectisait, il entre à l'hôpital.

Examen. — Le malade est pâle ; il présente un syndrome anémique nettement marqué. On constate une cicatrice exubérante et irrégulière au niveau de la partie inférieure interne de l'œil droit ; il s'agit d'un cancroïde qui était traité à plusieurs reprises.

a) *Abdomen* : Palpation non douloureuse, reins non perçus.

b) *Réflexes* : A peu près abolis bien que le réflexe rotulien semble exister un peu à gauche.

Pas d'incoordination des membres supérieurs, un peu aux membres inférieurs.

Pas de signe de Romberg.

c) *Poumons* : Le malade tousse et crache un peu, mais il ne présente pas de signes pulmonaires à l'auscultation.

d) *Cœur* : Normal, cependant les bruits sont un peu claquants.

Toucher rectal : Une petite prostate adénomateuse.

Cystoscopie : Avec le rétro-cystoscope à lavage continu à cause de l'hémorragie montre des franges et des bourgeons dans toute la vessie qui paraît entièrement prise. La localisation précise est impossible en raison des hémorragies continuelles et des contractions vésicales.

Recherches de la vitesse de coagulation du sang : Deux centimètres cubes de sang dans un tube mettent 20 minutes à se coaguler.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative.

Le malade, qui était très anémié et cachectique, est décédé le 24 décembre 1923.

Autopsie. — On ne trouve pas autre chose qu'une efflorescence de *papillomes* constellant la vessie dans toutes ses parties. Nulle part il n'y a trace d'un cancer macroscopiquement vrai.

Petites tumeurs affaissées à l'air libre et ne reprenant leur aspect papillomateux que si on les met dans l'eau ; affectent l'allure de petites taches rouges dont les plus volumineuses ont la dimension d'une pièce d'un franc. (Un fragment est envoyé pour l'examen.)

Les deux uretères et en particulier le droit sont distendus et ont le volume d'un crayon.

L'anémie profonde du sujet leur donne un aspect translucide.

Il n'y a pas de lésions nettes des reins.

Examen histologique. — On ne voit sur la coupe que la partie musculaire et péritoniale de la paroi. On voit dans la couche sous-péritonéale des lambeaux de nappes épithéliales fragmentées, dissociées, qui sont certainement de nature néoplasique,

OBSERVATION IV

M. B. P., 50 ans.

Polypes récidivants de la vessie, avec hématurie grave, deux interventions, décès.

Entré pour hématurie et dysurie.

A. H. : Rien à signaler.

A. P. : Nie toutes maladies vénériennes. Marié, sa femme n'a pas eu de fausse-couche. Un enfant mort à un mois et demi de convulsions.

Affection actuelle. — Début il y a deux ans et demi par de la dysurie et de l'hématurie. Urine très colorée avec dépôt rouge abondant. Une analyse d'urine faite par le pharmacien à ce moment aurait révélé la présence d'urates.

En même temps la miction était douloureuse et s'accompagnait de cuisson. La miction était en outre fréquente.

Au bout de six mois, le malade ayant suivi un régime, les troubles se sont amendés.

En avril 1919 le malade a été examiné par M. le professeur Rochet, à l'occasion de l'expulsion assez fréquente de caillots rouges avec l'urine.

En septembre 1919, nouvelle hématurie qui a duré jusqu'en mai 1920.

Pollakiurie : Il y a un mois, hémorragies abondantes par deux fois ; demi-litre, au dire du malade.

Ces hémorragies ont apparu et disparu brusquement.

La pollakiurie est de plus en plus fréquente.

A l'entrée : a) Mictions très fréquentes surtout pendant la nuit, avec sensation de brûlure intense et tenesme vésical.

b) Urines claires à l'entrée, avant l'exploration.

Léger disque d'albumine.

Plus d'hématurie en ce moment.

Le 30 juin 1920 : Cystostomie large sous rachianesthésie.

L'écarteur vésical étant placé on voit le polype dont une grosse masse est implantée sur l'orifice urétéral gauche et doit être arrachée avec une pince pour permettre de voir le bas-fond, lequel présente plusieurs autres petites végétations du volume d'un pois à une lentille.

On extirpe tout ce que l'on peut et l'on cautérise au thermo les pédicules. Tamponnement. Tube de Marion. Suture des plaies superficielles.

Le 2 juillet 1920 : On enlève tamponnement, lavage à H² O² et permanganate.

Le 7 juillet 1920 : On place deux tubes de radium (respectivement de 55 et 49 milligrammes) au niveau du col vésical de la façon suivante :

1° Un de ces tubes, le plus petit, est placé à l'extrémité d'une sonde en gomme à bequille qu'on passe par le canal et que l'on fait ressortir par l'orifice hypogastrique.

2° On coiffe alors l'extrémité de cette sonde avec un tube en caoutchouc contenant l'autre tube de radium fixé à son extrémité inférieure.

On remet ensuite un tube de Marion. Pansement.

Le 8 juillet 1920 : Ablation du radium après 24 heures. En enlevant la sonde il s'écoule une quantité notable de pus par l'urètre, pus qui s'était probablement infiltré le long de la sonde.

Le 14 octobre 1920 : Revient se montrer. Cystoscopie montre : Vessie d'aspect sain; pas de rougeur, mais dans la région supérieure gauche on constate la présence de deux petits polypes du volume d'un grain de blé qui sont immédiatement électro-coagulés. Durée de la séance : 5 minutes. Le malade reviendra dans 5 mois.

Le 8 novembre 1920 : Vessie saine, d'aspect général

blanche, mais l'exploration montre une série de petites récidives :

1° Une petite tumeur grosse comme un très petit pois, placée à l'extrémité du diamètre transversal, à droite.

2° Deux autres, placées à la partie antéro-supérieure droite, un peu à droite de la ligne médiane.

3° Enfin, deux autres assez grosses placées sur le pli urétéral gauche, à un centimètre du méat, et un petit un peu plus bas.

On voit les cicatrices de la dernière cautérisation à la partie supérieure gauche sous forme d'une cicatrice rougeâtre cratériforme.

Le 28 décembre 1920 : Les tumeurs n^{os} 1 et 2 existent toujours, celles n^o 3 ne se manifestent que par une petite tache rougeâtre. On cautérise énergiquement ces petites tumeurs. A noter que les contractions du malade rendent délicates les cautérisations et obligent d'écourter la séance.

Le 11 janvier 1921 : Nouvelle séance d'électro-coagulation. On retrouve celle de la corne latérale droite qui a grossi. On la cautérise énergiquement jusqu'à volatiliser. Celles de la partie supérieure n'existent plus.

Dans la région du plancher, à gauche, on voit une cicatrice blanchâtre résultant de la dernière séance, au-dessous et à gauche persistent de petites tumeurs qui sont énergiquement cautérisées.

Le 14 février 1921 : Séance de cystoscopie et d'électro-coagulation : On note au niveau des points cautérisés à la dernière séance de petits cratères entourés de rougeur, et dans celui qui siège en haut et à gauche on voit encore deux points suspects qui sont cautérisés. Au niveau du point sous-urétéral droit, petit polype du volume d'un grain de blé, qui est détruit.

Le 19 avril 1921 : Cystoscopie impossible. Le cystoscope ne passe pas à cause du spasme.

Le 25 avril 1921 : Cystoscopie et fulguration. Nouvelle

destruction de très petits papillomes sur la face antérieure de la vessie.

Le 24 mai 1921 : Actuellement, vessie nette ; à l'endroit où se trouvaient les petites tumeurs on voit un peu de rougeur et comme un petit trou ombiliqué. Il n'y a donc absolument rien à cautériser et le malade est complètement guéri.

Le malade est revenu au mois de juin et on ne trouve qu'une prostate un peu enflammée.

Le 6 décembre 1921 : Cystoscopie. Séance de fulguration. On trouve à nouveau quatre petites tumeurs placées en nids de champignons tout à fait à la partie supérieure de la vessie. Séance de fulguration qui permet d'en fulgurer deux.

Le 19 décembre 1921 : Séance de fulguration. Cystoscopie. A l'examen on note que les tumeurs ont plutôt progressé. Il s'en étend une nappe à la partie supérieure de la vessie. Les deux cautérisées ne paraissent pas avoir progressé. Les deux autres sont comme des cerises ; on les attaque vigoureusement à la fulguration. On note que du côté du col il y a un certain degré de dégénérescence polypeuse de la muqueuse.

Le 10 janvier 1922 : Séance de fulguration. Cystoscopie. Il persiste encore les trois tumeurs d'en haut. Celle qui est en bas n'est pas vue. Deux séances de fulguration.

Le malade doit revenir dans trois semaines.

Le 2 février 1922 : Il persiste encore les trois tumeurs. Celle qui est la plus haute est fulgurée.

Le 1^{er} mars 1922 : Nouvelle fulguration de la tumeur du dôme.

Le 31 mars 1922 : Les anciennes tumeurs ont à peu près disparu. Mais au-dessus on note la présence de polypes nombreux que l'on fulgure facilement.

Au niveau du col : grosse masse bourgeonnante, ayant l'aspect d'une tumeur, qui entrave l'appareil et dont on ne voit pas le pédicule.

Le 17 juin 1922 : Actuellement il présente un petit polype et une faible partie du polype supérieur gauche à 1 heure... L'autre est remplacé par une surface blanche.

Par contre, ceux qui se trouvent à la corne droite à 11 heures se détachent très nettement au nombre de trois, dont un du volume d'une cerise. Ils sont fulgurés énergiquement.

Le 30 septembre 1922 : Toujours deux polypes vers la bulle d'air ; deux autres petits à 1 heure. Col bourgeonnant. Séance de fulguration sur les polypes et sur le col.

Le 28 janvier 1923 : Fulguration.

Le 5 février 1923 : Le malade entre de nouveau à l'hôpital pour des *hématuries* qui n'ont pas cessé depuis les dernières fulgurations. Actuellement urines hémorragiques et le malade ne souffre pas.

Le 7 février 1923 : Intervention sous rachianesthésie.
Cystostomie :

1° Incision large verticale médiane. Cette incision traverse un champ de papillômes. Il y en a un gros comme une cerise à la partie toute supérieure. On le saisit à la base avec la pince en cœur et au bistouri on l'incise avec la muqueuse d'implantation en se tenant à 1 centimètre en dehors de sa gaine d'implantation. On suture de suite par surjet.

2° On résèque toute la paroi des deux côtés de la ligne médiane pour enlever les papillomes de cette zone.

3° Un champ de papillomes se trouve encore à la face antérieure, tout près du col. On les détruit par fulguration. On touche encore du thermocautère quelques points suspects.

On referme partiellement la vessie et on y laisse un tube de Marion.

Le 7 mars 1923 : Albuminurie.

Le 30 mars 1923 : Le malade sort guéri.

Le 14 avril 1923 : Cystoscopie et fulguration. Nombreux petits papillomes reprennent.

Fulguration. Mais on se rend compte de l'impossibilité d'arrêter le processus de cette manière, surtout à cause du siège des papillomes vers le col.

Le 20 juin 1923 : Le malade revient pour hématuries. Il a eu, il y a 17 jours, une fulguration qui n'a rien produit de net. Hématurie abondante, teintant uniformément l'urine et on lui a déjà fait deux piqûres de sérum de cheval.

Le 23 juin 1923 : Examen difficile, le malade souffre trop; on est obligé d'interrompre la séance.

Le 25 juin 1923 : Fulguration sous anesthésie générale.

Le 6 juillet 1923 : Intervention.

On résèque la cicatrice cutanée le plus profondément possible. On décolle le péritoine vers le haut par une véritable dissection. Ouverture de la vessie. Ecarteur. On constate alors une extension considérable de papillomes occupant deux régions principales : la face antérieure et le trigone.

Toute la région du trigone et du col est fulgurée très profondément. On en fait de même pour la région antérieure.

On termine en cautérisant profondément les tumeurs les plus accessibles avec le thermo.

Tamponnement. Tube de Freyer. Suture partielle de la vessie en trois temps.

Le 22 août 1923 : Décès par *anémie grave* progressive due aux *hématuries* qui n'ont pas discontinué depuis l'intervention.

Examen histologique de la tumeur :

Le 30 juin 1920 : Cette tumeur est formée d'épais bourgeons épithéliaux composés d'un axe conjonctivo-vasculaire autour duquel sont concentrées 3 ou 4 couches de cellules épithéliales allongées. Le fragment exa-

miné ne porte que sur les végétations épithéliales. On ne voit pas les plans musculaires de la vessie ; il semble bien toutefois, étant donné l'abondance et la luxuriance de ces bourgeons épithéliaux, qu'il s'agisse d'une tumeur maligne.

Le 6 juillet 1923 : Les plans musculaires sont intacts. Les plans muqueux sont en partie détruits, infiltrés d'îlots de cellules inflammatoires avec çà et là quelques lambeaux de végétations muqueuses. On ne voit pas de signes de malignité.

OBSERVATION V

M. T. C..., 60 ans, cultivateur.

Entré le 4 février 1928. Mort le 13 février 1928.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Rien à signaler.

Depuis une dizaine d'années le malade souffre de sa vessie. A plusieurs reprises il a eu des hématuries ; les urines un peu rouges pendant 3 ou 4 jours puis tout rentrait dans l'ordre. Par moments il avait des mictions fréquentes et un peu douloureuses.

M. A. — Il y a huit jours le malade fait une *hématurie brusque* sans aucun prodrome et sans tendance à régression. Après quelques jours de soins sans résultat, chez lui, le malade entre à l'hôpital.

A l'entrée : Température 37°8. Le malade est pâle, au teint blafard, déglobulisé. Il est en outre très maigre, les os font saillie sous la peau.

L'hématurie est totale. Les urines sont rouge foncé presque noires.

Les mictions sont spontanées. Pas de rétention.

L'inspection ne montre rien d'anormal.

Le toucher rectal montre une prostate normale, ni dure, ni augmentée de volume. La palpation ne montre rien d'anormal, ni aux reins, ni à la vessie.

Rien à signaler au point de vue pulmonaire et cardiaque.

La sonde passe bien et donne issue à des urines hémorragiques qui n'ont aucune tendance à s'éclaircir au lavage.

Le 7 février 1928 : Cystoscopie.

On est obligé d'employer la seringue de Guyon pour faire le lavage préparatoire. Avec une forte aspiration on arrive à sortir une multitude de caillots noirâtres de grosseur variable et dont quelques-uns blanchâtres sur leur pourtour sont en voie d'organisation. La cystoscopie montre dans la partie droite de la vessie une tumeur papillomateuse, à contours villex. Cette tumeur semble pédiculée. Le même soir la température monte à 38°4. Le malade est agité. Les urines cependant s'éclaircissent quelque peu.

Le 8 février 1928 : Température 39°6 ; le malade est toujours agité. Les urines s'éclaircissent encore. La fulguration qui devait avoir lieu est différée à cause de l'état du malade et de la température. On lui injecte 300 cm³ de sérum et de l'Hémostyl. Le soir la température commence à tomber.

Les jours suivants, la température continue sa chute. Le malade semble aller mieux. On continue sérum et hémostyl.

Le 12 février 1928 : Dans la nuit, l'état s'aggrave subitement. Le malade devient agité; les urines restent relativement claires et en tout cas ne présentent pas de sang macroscopiquement.

Le malade est dyspnéique; le pouls filtrant est rapide (92).

Le 13 février 1928 : Le malade est dans une demi-inconscience voisine du coma. Il est très agité et ne répond pas aux questions posées. Une issue fatale prochaine est à redouter.

En effet, le malade est *décédé le même jour*.

Vérification :

Rein droit : pas de lésion.

Rein gauche : vers le pôle inférieur petit nodule blanc jaunâtre de 3 mm. environ de diamètre paraît une cicatrice d'infarctus ou un abcès en formation (prélèvement envoyé au laboratoire).

Urétères : rien à signaler.

Vessie : à droite une petite tumeur pédiculée et vil-leuse.

La muqueuse vésicale d'allure un peu suspecte, tout autour de la tumeur, est de consistance plus dure que la normale (un fragment est également envoyé au laboratoire).

Résultat de la biopsie :

A. — Un premier fragment du rein : congestif et inflammatoire.

B. — Un deuxième fragment montre :

1° Des cellules épithéliales vésicales très nettes par endroits, discontinues, manquant à d'autres endroits.

2° Du tissu fibreux.

3° Des plaques d'hémorragies nombreuses (globules rouges plus globules blancs) infiltrant même toute une coupe.

4° Un troisième fragment n'intéressant que la surface montre des zones d'hémorragies et de l'épithélium vésical.

Conclusion. — Le tout en faveur d'un *polype hémorragique*.

OBSERVATION VI

M. D., 50 ans, cultivateur.

Le 18 juin 1926 : Envoyé pour *hématurie abondante* avec caillots et rétention.

A. P. — Homme d'apparence robuste, bonne santé antérieure.

Examen de la vessie : Vessie à peu près vide. Mais tout sondage est impossible: présence de caillots. Aspiration, essai de sondage à demeure n'est pas supporté.

Le 21 juin 1926 : Après évacuation d'un grand nombre de caillots et lavage, on peut entrevoir avec un cystoscope un assez gros polype vésical siégeant au-dessus de l'urètre droit. Le milieu se trouble très vite et on ne peut se rendre compte de certains détails: épaisseur du pédicule, point d'implantation. Mais on conserve l'impression qu'il s'agit d'un *polype bénin*. Jusqu'ici, l'état général est resté bon, le malade ne paraît pas éprouvé par l'hémorragie. L'intervention est décidée pour le surlendemain. Mais brusquement, la veille de l'opération, le malade est agité, délirant, sans fièvre.

L'hématurie a cependant diminué d'intensité.

Intervention :

a) Anesthésie locale complétée par une petite anesthésie générale.

b) Ablation du polype: gros comme une noix, pédicule très mince, nettoyage de la vessie.

c) Suture à un plan-drain.

Suites de l'intervention :

a) Immédiates : bonnes. Sérum, hémostyl, instillations.

b) Au troisième jour, l'agitation réapparaît, urines rares, délire. Tension 9 au Vaquez. Le malade reste agité

pendant quelques jours, arrache son tube, se lève sans qu'il y ait tout d'abord de fièvre.

Mais le huitième jour, *température et décès*.

OBSERVATION VII

Entrée le 5 février 1923, sortie le 22 mars 1928.

M. P. B..., 66 ans.

Entré pour *hémorragie vésicale*.

A l'arrivée : Pas de température, mais mauvais état général; perte de forces et de l'appétit, teint cireux. Urines hématiques.

Le 9 février 1928 : Cystoscopie.

On trouve à gauche une masse polypeuse et pédiculée. Fulguration de cette masse.

Les urines restent encore un peu hémorragiques. Mais le malade se trouve mieux.

Le 16 février 1928 : Nouvelle fulguration : la masse n'a pas beaucoup changé d'aspect. A la suite de cette séance les urines s'éclaircissent progressivement, et bientôt ne contiennent plus de sang.

Le 22 février 1928 : Nouvelle fulguration ; la masse est devenue blanchâtre et revêt un aspect vilieux. Son volume ne diminue que lentement. Les urines contiennent du sang pendant 2 ou 3 jours, puis s'éclaircissent.

Le 9 mars 1928 : Cystoscopie.

Il persiste au lieu et place de la fulguration un cratère central bordé à gauche d'une frange bourgeonnante qui est cautérisée. Il y a lieu d'attendre quelques jours pour juger si cette ulcération se cicatrise ou si on doit penser à un néoplasme.

Entre temps en fait subir au malade 15 séances de radiothérapie profonde qui l'éprouvent fortement (vertiges, nausées, diarrhées).

Mais au bout de quelques jours, il y a malgré tout une amélioration. Le malade reprend quelques forces et un peu d'appétit; mais il garde quand même un teint pâle, jaunâtre. Les urines sont devenues claires définitivement.

Le 17 mars 1928 : L'aspect de l'ulcération est toujours cratériforme; mais le fond est rose et semble avoir une tendance à la cicatrisation.

(Cas douteux; il s'agit probablement d'un néoplasme.)

OBSERVATION VIII

Mme F..., 63 ans.

Hématuries graves. — Multiples polypes du col. — Fulguration. — Guérison.

Entre pour *hématuries très graves*.

A. H. — Rien d'urinaire.

A. P. — A 55 ans premières hémorragies intermittentes, gouttes de sang rouge à la fin de la miction.

M. A. — 18 mois après, hématurie totale: urine rouge vif, puis dépôt marron foncé. L'anémie est assez marquée. La malade consulte un chirurgien qui lui indique un traitement médical: au bout de 10 jours, arrêt de l'hémorragie. Mais récidive quelques jours après.

A 57 ans (1922), entre à l'hôpital et y fait un séjour de 18 jours. On fait alors le diagnostic de polypes de la vessie.

On parle d'intervention. Mais l'hémorragie s'arrête spontanément, et la malade part avant d'être opérée. Mais aussitôt rentrée chez elle, l'hémorragie recommence. Quelques jours après, subitement, la malade, prise de besoin d'uriner, ne peut plus le satisfaire; elle reste en rétention 2 jours. Le troisième jour, en faisant un effort, la malade expulse un caillot de sang et urine rouge. De-

puis ce jour l'hémorragie ne s'arrête plus. L'anémie est profonde. La malade consulte de nouveau un autre chirurgien qui lui enlève le polype urétéral et l'avertit de la présence d'autres dans la vessie. L'hémorragie continue et oblige la malade à entrer de nouveau à l'hôpital, le 25 juillet 1925.

L'anémie est profonde, l'état général est alarmant; le moindre mouvement entraîne un état syncopal.

On ne peut accepter l'idée d'un examen cystoscopique. On se contente pour l'instant de remonter l'état général (hémostyl, sérum). L'hémorragie s'est arrêtée spontanément. On s'arme alors d'un cystoscope et on examine la vessie.

Trois petites tumeurs villeuses pédiculées de grosseur inégale, mais ne dépassant pas une noisette, siègent tout près du col.

On commence une série de séances de fulgurations espacées de 8 jours et durant chacune 5 minutes pour chaque tumeur.

La malade reste 1 mois, le temps de remonter son état général et part guérie. Actuellement aucune hémorragie. L'état général est excellent.

Conclusions

1° La complication la plus redoutable de l'affection connue sous le nom de polype bénin de la muqueuse vésicale est l'hémorragie profuse ; elle anémie profondément le malade et parfois le tue en quelques heures.

2° Dans certains cas heureux, le traitement endoscopique par l'électrocoagulation, joint aux médicaments hémostatiques connus, peut juguler cette hémorragie. On peut ensuite poursuivre la destruction du polype par les moyens thérapeutiques ordinaires.

3° Dans certains cas la méthode endoscopique reste inefficace, soit que le polype ou les polypes soient trop développés, soit que l'hémorragie qu'ils provoquent, en troublant le milieu, s'opposent à des manœuvres correctes. En pareil cas tout délai à l'intervention chirurgicale fait courir au malade les plus grands dangers. Il faut ouvrir la vessie ; la cystostomie a, par elle-même,

un effet hémostatique ; elle permet la claire vision de l'étendue du mal et l'éradication convenable des parties malades. Elle sauvera la vie de certains sujets que la perte de sang compromet gravement.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAYET.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 26 Décembre 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

